

سلسله سمینارهای تحقیق در جهت ارتقای سلامت

مدیریت و اقتصاد سلامت

**بررسی دیدگاه سیاستگذاران و ارائه دهندگان خدمات پزشکی خانواده در
رابطه با انطباق برنامه پزشکی خانواده با ابعاد سیاستگذاری آن در استان یزد
(در سال ۱۳۹۵)**

- Presented By: Zahra Rahmati
- Health care management
- Qazvin University of Medical Sciences
- 1 January 2018

مقدمه

✓ اهمیت سلامتی ⇨ محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری و زیرساخت بخش های مختلف جامعه

✓ هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی هر کشوری ⇨ ارتقای سطح سلامت آحاد مردم

✓ نخستین اصلاح اساسی در نظام سلامت کشور ⇨ اصلاح ساختار نظام عرضه خدمات

✓ دومین اصلاح اساسی در نظام سلامت کشور بعد از انقلاب اسلامی ⇨ اصلاح نظام سلامت در قالب پزشک خانواده و نظام ارجاع

مقدمه

✓ **بورد پزشک خانواده در آمریکا پس از جنگ جهانی دوم و در حین آن با افزایش تخصص های متعدد برای این که پزشکان عمومی به انزوا کشیده نشوند بعد از جنبش های مقدماتی و با گرایش پزشکان به رشته های تخصصی در سال ۱۹۶۹ به رسمیت شناخته شد و در سال ۱۹۷۲ آکادمی پزشکان عمومی آمریکا به آکادمی پزشک خانواده تغییر نام داد.**

✓ **اهمیت طرح پزشک خانواده به قدری است که درکانادا آن را به عنوان دروازه ورود شهروندان کانادایی به سیستم خدمات بهداشتی می دانند و ۸۶٪ از افراد اونتاریو معتقدند که پزشکان خانواده را باید مهم ترین عنصر سیستم خدمات درمانی دانست.**

مقدمه

✓ پزشک خانواده مهمترین اصلاح اقتصادی در کشور و مهمترین اصلاح در نظام سلامت محسوب می شود.

✓ قدمت هفتاد ساله طرح در جهان

✓ بهبود سلامت جوامع مختلف و اصلاح اوضاع اقتصادی و اجتماعی کشورها، جلوگیری از سرگردانی بیمار، همراهی کردن پزشک در تمام مراحل درمانی، کم شدن هزینه ها از جیب مردم، هدفمند شدن و کوتاه شدن مسیر درمان و دقیق تر شدن تشخیص ها

مرگ و میر کودکان کمتر از یکسال به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۳۵۷	در سال ۱۳۸۹
۱۱۰ عدد	۱۸ عدد

✓ پوشش واکسیناسیون نیز در کشورهای مدیترانه شرقی ۷۸ درصد در حالی که در کشور ما بیش از ۹۸ درصد است.

✓ با نگاهی دقیق تر به وضعیت سلامت در کشور های OECD مانند کانادا، آمریکا، انگلیس، آلمان و ژاپن متوجه می شویم پزشکان عمومی هستند که در سطح اول ارجاع در تمامی مراکز درمانی اعم از خصوصی و دولتی ارائه خدمات می نمایند.

مقدمه

✓ **فواید طرح پزشک خانواده از جنبه سیاستگذاری:** کنترل هزینه های تکراری، جلوگیری از هدر رفتن هزینه ها، افزایش پاسخ گویی به بیمار، امکان پیگیری خدمات ارائه شده به بیمار، افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات و ایجاد انضباط مالی و افزایش پوشش خدمات سلامت

لذا از این نکته متوجه می شویم که سلامتی به نظام سیاسی کشور هم بستگی دارد.

اتخاذ تصمیماتی مبنی بر تخصیص منابع، سیاست نیروی انسانی، انتخاب فن آوری مناسب و سطحی که در آن خدمات بهداشتی فراهم گشته و در دسترس اقشار مختلف جامعه قرار می گیرند نمونه ایی از راه هایی است که نظام سیاسی میتواند خدمات بهداشتی جامعه را شکل دهد. در بسیاری از نقاط دنیا اهداف کلی و فرایند های ارتقا سلامت در بطن سیاست ها و اهداف بهداشتی ملی و بین المللی قرار دارند.

✓ **اصلاح نظام بهداشتی نیز، فرایندی سیاسی است و هرگز قادر نیست منفعت تک تک افراد را تامین کند.**

مقدمه

✓ تجربه های اخیر در اروپا و امریکای شمالی جای تردید باقی نمی گذارد که اصلاح نظام بهداشتی فرایندی به شدت سیاسی و پر مجادله است. این نکته در کشور های کمتر توسعه یافته که علاوه بر طیف وسیع افراد موثر محلی، سازمان های بین المللی کمک کننده نیز دخالت می کنند، پیچیده تر می شود.

✓ مراحل سازمان جهانی بهداشت در ارتباط با فرآیند های مدیریت برای توسعه سلامت کشور ⇨ در این فرآیند سیاست ها و اولویت ها تنظیم و تعیین می شوند و برنامه ریزی برای تبدیل این سیاست ها به راهبرد های مناسب صورت می گیرد و پس از اجرای برنامه ها تجدید نظر در برنامه ها که در واقع آغازی برای تداوم یا تکامل این روند است انجام می گیرد.

✓ تمامی این مراحل باید متکی به اطلاعات قابل اعتماد باشد.

✓ در تمام مراحل به طور منظم **ارزشیابی** شود تا حالت های احتمالی مناسب و جایگزین شناسایی و تغییر های لازم برای اصلاح مسیر انتخاب گردد.

✓ برای **ارزشیابی** سیاست گذاری معیارهای زیادی از جمله ارتباط (که منجر به آشکار سازی نیاز های بیمار و کسب اطلاعات ضروری از بیمار می گردد)، تناسب سیاست گذاری، میزان کفایت (انجام خدمت براساس استانداردهای از پیش تعیین شده) آن، میزان پیشرفت، کارایی، اثربخشی، میزان تاثیر گذاری سیاست گذاری و پایش مورد توجه قرار می گیرد.

مقدمه

✓ برنامه پزشک خانواده که یک برنامه اصلاحی برای دسترسی اقشار آسیب پذیر در اولین سطح تماس از مراقبت های بهداشتی می باشد فرایندی سیاسی است به طوری که دانشکده پزشک خانواده کانادا بر مسئولیت پزشکان خانواده در حمایت از سیاست های عمومی در جهت ارتقا سلامت بیمارانشان تاکید کرده است.

✓ با توجه به مطالب گفته شده و تحقیقات انجام گرفته در زمینه اهمیت پزشک خانواده و مراقبت های اولیه بهداشتی در سلامت جمعیت ها و با در نظر گرفتن این نکته که تخصص پزشکی خانواده اساساً برای ارائه "مراقبت های اولیه" طراحی شده است و همچنین از جمله اصول مراقبت های بهداشتی اولیه نیز برابری توزیع سیاسی دولت می باشد که در راستای پوشش همگانی قرار می گیرد. بنابراین لزوم سیاست گذاری های هدفمند و مبتنی بر نیازهای جمعیت محلی و اجرای نظام مند این سیاست ها آشکار می شود.

✓ مطالعه ی انجام گرفته در دانشکده اونتاریو ⇨ انجام تحقیقات در زمینه مراقبت های اولیه و پزشک خانواده برای سیاست گذاری مبتنی بر شواهد و دادن اولویت به تحقیقات در زمینه پزشک خانواده و مراقبت های اولیه در سطح استانی را لازم شمرده است.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی با نتایج کاربردی می باشد که بصورت مقطعی در سال ۱۳۹۵ انجام پذیرفته است. جامعه پژوهش شامل را ۱۱۷ نفر از جمله کلیه روسای مراکز گسترش شبکه در استان (۱۰ نفر)، پزشکان خانواده (۶۱ نفر)، ماماها مشغول در طرح (۴۴ نفر)، معاون بهداشتی دانشگاه و یک کارشناس طرح پزشک خانواده شاغل در مرکز بهداشت استان یزد تشکیل می دهند. و بعلاوه معدود بودن جامعه پژوهش از روش سرشماری استفاده گردید.

در جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه استاندارد شده ای استفاده گردید که روایی و پایایی آن قبلاً در پژوهش های مشابه مورد تایید واقع شده بود. لذا با انجام تغییرات لازم پرسشنامه مذکور در بین جامعه مورد پژوهش توزیع گردید. در پرسشنامه مذکور شش بعد سیاستگذاری برنامه پزشک خانواده شامل بعد اثربخشی با ۱۱ سؤال، بعد تاثیر گذاری با ۲ سؤال، بعد کفایت با ۹ سؤال، بعد کارایی با ۸ سؤال، بعد تناسب با ۶ سؤال و بعد پایش با ۱ سؤال لحاظ گردید.

و در نهایت پس از تکمیل پرسشنامه، داده ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ گردید و سپس با استفاده از جداول توصیفی و آزمون آماری t مستقل مورد تحلیل واقع شدند. پرسشنامه مذکور دارای پنج گزینه بوده و بدین ترتیب افراد می توانستند در پاسخ به هر سؤال یکی از پنج گزینه (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) را انتخاب نمایند و نمرات این گزینه ها از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) متغیر است. در مورد بعد پایش آزمودنی ها می توانند یکی از دو گزینه بله و خیر را انتخاب نمایند.

یافته ها

نتایج حاصل از بررسی جامعه آماری نشان داد که از مجموع ۱۱۷ نفر که جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل داده اند ۵۲.۱٪ آنها پزشک خانواده، ۳۷.۶٪ ماما، ۸.۵٪ مسئول گسترش شبکه، ۰.۹٪ کارشناس برنامه و ۰.۹٪ نیز معاون بهداشت هستند. همچنین اکثریت جامعه آماری را زنان (۸۶ نفر معادل ۷۴.۱٪) تشکیل داده و اکثریت افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال (۴۵.۵٪) قرار دارند. از طرفی اکثریت جامعه مورد پژوهش (۵۴.۸٪) دارای مقطع تحصیلی دکترا و کمترین مقدار آن ها (۰.۹٪) دارای مدرک دیپلم می باشند. در خصوص سابقه کار نیز ۸۷.۲٪ از جامعه مورد پژوهش دارای سابقه کار ۱-۱۰ سال، ۶.۹٪ دارای سابقه کار ۱۱-۲۰ سال و ۵.۹٪ نیز ۲۱-۳۰ سال سابقه کار بوده اند.

یافته ها

در راستای اهداف پژوهش و در جهت میزان انطباق برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاستگذاری آن از دیدگاه سیاستگذاران و ارائه دهندگان برنامه پزشک خانواده در ۶ بعد اثربخشی، تاثیرگذاری، کفایت، کارایی، تناسب و پایش نتایج کلی نشان داد که:

✓ به طور کلی در همه حیطه ها دیدگاه ارائه دهندگان و سیاستگذاران برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاستگذاری این برنامه معنادار می باشد.

یافته ها

بطور کلی بر اساس بررسی شاخص های تشکیل دهنده هر بعد از ابعاد سیاستگذاری برنامه پزشک خانواده مشخص می گردد که: سیاستگذاری برنامه پزشک خانواده در بخش بهبود شاخص ارتقای سلامت و بار بیماریزایی، هماهنگی با برنامه سلامت ملی، ارتباط با جمعیت تحت پوشش و ارزیابی و پایش خوب عمل کرده اما در کاهش هزینه های مستقیم از جیب، اجرای صحیح سیستم ارجاع، جلوگیری از تجویز بی رویه تست های تشخیصی، ارتباط با دانشگاه، تعریف نقص روانی و جسمانی، تخصیص بهینه منابع مادی و طراحی صحیح برای قشر معلول جامعه تا حدودی ضعیف عمل کرده است.

نتیجه گیری

حیطه اثربخشی

- ✓ طبق نتایج به دست آمده در حیطه اثربخشی دیدگاه ارائه دهندگان خدمات پزشک خانواده و سیاستگذاران در رابطه با انطباق برنامه پزشک خانواده با این بعد سیاستگذاری معنا دار می باشد ($p\text{-value}=0.00$).
- ✓ به عبارت دیگر ارائه دهندگان و سیاستگذاران مورد مطالعه در این پژوهش بر این عقیده هستند که برنامه پزشک خانواده تا حدود زیادی در بهبود شاخص های خدمات پیشگیری، ارتقاء سلامت، شاخص بار بیماری زایی با بیشترین امتیاز و در شاخص های اجرای صحیح سیستم ارجاع با کمترین امتیاز اثربخش بوده است.
- ✓ نتایج پورشیروانی و همکاران در بررسی با عنوان «ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده» که به منظور بررسی عملکرد نظام ارجاع در طرح پزشک خانواده و نظام شبکه دانشگاه علوم پزشکی مستقر در استان های شمالی ایران انجام گرفت؛ نشان داد که بسیاری از اصول نظام ارجاع از سطح یک به سطوح بالاتر و بالعکس رعایت نمی شود.

نتیجه گیری

✓ مطالعه حاضر در این بعد نشان می دهد که شاید بتوان ضعف در سیستم ارجاع که رکن مهمی در برنامه پزشک خانواده می باشد را با ایجاد رابطه سازنده و ساختار یافته بین پزشک خانواده و بیماران تا حدودی بهبود بخشید.

✓ همچنین لزوم تفکیک و تعریف روشن سطوح ارائه خدمات مورد تاکید واقع می شود.

✓ علاوه بر این ها آگاهی بیماران در بهبود این وضعیت نقش مهمی دارد، فرهنگ سازی درست در بین بیماران و گوشزد این مورد به آن ها که عدم رعایت سیستم ارجاع باعث افزایش هزینه های درمان آن ها می شود می توان سازنده باشد.

✓ گمان می شود خود سیستم بهداشت و رسانه ها درانجام این نقش بهترین گزینه ها باشند.

نتیجه گیری

حیطه تاثیر گذاری

- ✓ در حیطه تاثیر گذاری دیدگاه ارائه دهندگان و سیاستگذاران در رابطه با این بعد نیز معنا دار می باشد ($p\text{-value}=0.00$).
 - ✓ به عبارتی آن ها معتقدند که برنامه پزشک خانواده با ابعاد تاثیرگذاری آن که در سیاستگذاری برنامه لحاظ شده است هماهنگی زیادی دارد.
 - ✓ نتایج مطالعه کاظمی فر (۱۳۸۶) با عنوان «بررسی هزینه - کارایی طرح پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی» نشان داد که برنامه پزشک خانواده باعث افزایش بار مراجعه به داروخانه، آزمایشگاه و رادیولوژی شده است.
- این بعد از سیاستگذاری تاثیر کلی یک برنامه، خدمت یا موسسه را روی سلامت و توسعه اجتماعی-اقتصادی مربوط بیان می کند. ارزیابی میزان تاثیرگذاری یک برنامه براساس شناسایی تغییرات لازم صورت گرفته در سیستم سلامت انجام می گیرد. مهم ترین علت این مشکل را شاید بتوان به نوع سیستم پرداخت اجرایی در این برنامه دانست برای رفع این مشکل به نظر می رسد تغییر در نظام پرداخت و نظارت صحیح بر اجرای محدودیت های تجویز که در دستورالعمل پزشک خانواده به آن اشاره شده کارساز باشد.

نتیجه گیری

بعد کفایت

✓ در مطالعه حاضر دیدگاه ارائه دهندگان و سیاستگذاران خدمات پزشک خانواده در رابطه با انطباق این برنامه با بعد کفایت سیاستگذاری ها معنی دار می باشد ($p\text{-value}=0.00$).

✓ مهمترین نقطه تمرکز این بعد از سیاستگذاری در رابطه با مشکلات سلامت عمومی شامل شدت، میزان رخداد، پراکندگی مشکل و نابرابری منابع سلامت می باشد. بیشترین امتیاز در این حیطه به «هماهنگی سیاستگذاری برنامه پزشک خانواده با برنامه های سلامت ملی» و کمترین امتیاز به «تعریف نحوه ارتباط برنامه پزشک خانواده با دانشگاه و تعریف میزان رخداد نقص روانی و جسمانی در سیاستگذاری برنامه پزشک خانواده» مربوط می شود.

نتیجه گیری

بعد کارایی

- ✓ دیدگاه ارائه دهندگان و سیاستگذاران خدمات پزشک خانواده در رابطه با انطباق برنامه با بعد کارایی نیز معنادار می باشد (p-value=0.00).
- ✓ کارایی به عنوان رابطه بین نتایج به دست آمده با فعالیت ها و تلاش های به عمل آمده در حیطه های انسانی، مالی و دیگر منابع فرآیند های سلامت و تکنولوژی و زمان مطرح می شود.
- ✓ بعد کارایی شاخص مهمی در ارزیابی برنامه های سلامت می باشد.
- ✓ در بحث های اقتصادی همواره به نامحدود بودن نیاز های افراد و محدود بودن منابع اشاره می گردد؛ این موضوع لازم می دارد که در شروع هر برنامه ای باید به نبود منابع خصوصا منابع مادی توجه و آن را در برنامه لحاظ کرد.
- ✓ یافته های کاظمی فر (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «بررسی هزینه-کارایی طرح پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی» که در دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گرفت نشان داد که این طرح نه تنها هزینه ها را کاهش نداده بلکه باعث افزایش هزینه های مراقبت سلامت نیز شده است.

نتیجه گیری

بعد تناسب

- ✓ در رابطه با بعد تناسب و ارتباط نیز دیدگاه ارائه دهندگان و سیاستگذاران در رابطه با انطباق برنامه پزشک خانواده با بعد تناسب و ارتباط سیاستگذاری معنادار شده است ($p\text{-value}=0.00$).
- ✓ به عبارتی ارائه دهندگان و سیاستگذاران معتقدند تا حدود زیادی برنامه پزشک خانواده با سیاستگذاری ها انطباق دارد.
- ✓ بعد تناسب و ارتباط به عنوان مبنایی برای سیاست های سلامت است که منطبق بر میزان پاسخگویی آن ها به سیاست های اجتماعی و اقتصادی و دارابودن برنامه ها، فعالیت ها، خدمات یا موسسات بر حسب پاسخ به نیاز های اساسی انسانی و اولویت ها و سیاست های اجتماعی و سلامتی به کار گرفته می شود.

نتیجه گیری

بعد پایش و پیشرفت

✓ در مورد سوال آخر نیز که مربوط به بعد پایش و پیشرفت است نتایج نشان داد که دیدگاه ارائه دهندگان و سیاستگذاران در رابطه با انطباق برنامه با بعد پایش و پیشرفت سیاستگذاری ها نیز معنی دار می باشد ($p\text{-value}=0.0$).

✓ بعد پایش و پیشرفت به عنوان مقایسه ای بین فعالیت واقعی و برنامه زمانبندی شده فعالیت ها در نظر گرفته می شود. هدف از ارزیابی، پیشرفت و تسهیل پایش و کنترل عملیاتی فعالیت های جاری می باشد، همچنین برای دستیابی به اهداف نهایی برنامه پزشک خانواده پایش منظم فعالیت ها و ارزیابی اهداف میانی و برآمد های آن برای بهبود مستمر برنامه، کاری اجتناب ناپذیر است.

بنابراین با توجه به نتیجه تحقیق حاضر در می یابیم که در برنامه پزشک خانواده ابزار مناسبی برای ارزیابی پیشرفت برنامه موجود می باشد. نتایج مطالعه وحیدی با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. زیرا نتایج تحقیق وحیدی نشان داد که در برنامه پزشک خانواده ابزار مناسبی برای ارزیابی پیشرفت برنامه موجود نمی باشد. در تحقیق عبادی آذر و همکاران یافته ها نشان داد که امر پایش و نظارت جدی عمل نکرده که منجر به سو استفاده افراد غیر متعهد در امور مربوط از جمله امور مالی و عدم حضور مرتب تیم سلامت در ساعات مقرر شده بود.

به طور کلی پژوهش حاضر نتایج زیر را در بر داشت.

عملکرد خوب	عملکرد ضعیف
در بخش بهبود شاخص ارتقای سلامت و بار بیماریزایی اثربخش بوده	کاهش هزینه های out of pocket و اجرای صحیح سیستم ارجاع
در حیطه کفایت توانسته تا حد زیادی خود را با برنامه سلامت ملی هماهنگ کند	جلوگیری از تجویز بی رویه تست های تشخیصی
برنامه پزشک خانواده روش های کارا برای اجرای خدمات به کار برده	در حیطه کارایی در بخش مهم تخصیص بهینه منابع و استفاده بهینه از منابع مالی ضعیف عمل کرده است
توانسته با جمعیت تحت پوشش تا حدود زیادی ارتباط برقرار کند	ارتباط با دانشگاه و تعریف نقص روانی و جسمانی
در بعد پایش برنامه توانسته خیلی خوب عمل کند (که این امر می تواند نقطه عطفی در بهبود نقاط ضعف دیگر بخش ها باشد)	برای قشر معلول جامعه نتوانسته طراحی صحیحی داشته باشد

از توجه شما سپاسگزارم

